

Nombre:

Apellido:

Nombre de preferencia:

Fecha de Nacimiento: / /
Día Mes Año

N° de Seguro Social:

Email:

Ocupación:

Mano dominante: Derecha Izquierda Las dos son iguales

Cuándo empezó su dolor? / /
Día Mes Año Esta fecha es: Exacta Approximada

Esta visita es relacionada:

Accidente de auto Deportes o Recreación
 Caída El trabajo
 Levantamiento Otro

¿ Fecha del Accidente? / /
Día Mes Año

Si estuvo involucrado en un accidente de auto seleccione su posición:

Conductor Copiloto
 Pasajero del asiento trasero (lado del conductor) Pasajero del asiento trasero (Lado del copiloto)
 Peatón

Si estuvo involucrado en un accidente de auto, ¿Esta su caso legal abierto?

Sí
 No

Describa brevemente lo que lo llevó a su condición. Incluya los accidentes actuales y anteriores. *(si estuvo involucrado en un accidente de auto, explique cómo fue golpeado el vehículo y en qué lado; si usted era un peatón, explique sucedio)*

¿Tuvo otros accidentes? Si su respuesta es afirmativa, haga una lista de todos aquí.

Sí No

¿Esta es una visita aprobada por la Compensación al trabajador? Si es así, explique brevemente las circunstancias que lo llevaron a su condición:

Sí No

Su Área de Dolor

Por favor seleccione las áreas donde sienta dolor. Todas las que apliquen. Solicitaremos detalles específicos de cada área.

Dolor de Cuello Espalda Baja

Dolor De Cuello

Por favor responda las siguientes preguntas específicamente relacionadas con su dolor de cuello.

Dolor irradiado/ radiante relacionado al dolor de cuello.

- Brazo izquierdo
- Brazo derecho

Dolor del brazo izquierdo relacionado al dolor del cuello

- Hombro
- Codo
- Mano
- Dedos
- Bíceps

Dolor del brazo dere- cho relacionado.

- Hombro
- Codo
- Mano
- Dedos
- Bíceps

Cualidad del Dolor

- Molestia
- Quemadura
- Profundo
- Difuso
- Incómodo
- Sordo
- Localizado
- Adormecimiento
- Penetrante
- Agudo
- Punzante
- Incisivo
- Superficial
- Palpitante

Frecuencia del Dolor

- Ocasional
- Persistente
- Poco frecuente/raro

En general, desde el inicio del dolor el estado esta:

- Mejorando
- Estable
- Empeorando

Nivel del dolor (1 es leve y 10 es intenso)

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ¿Cuál es su nivel de dolor ahora ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Qué tan alto llega su dolor? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Qué tan bajo llega su dolor? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

¿Qué hace que el dolor empeore?

- Ninguna actividad en específico
- La actividad diaria
- Doblarse
- Doblarse hacia atrás
- Doblarse hacia adelante
- Cambiar posiciones
- Toser
- Subir Escaleres
- Defecar
- Bajar Escaleres
- Saltar
- Levantamiento
- Posición
- Empujar
- Rodar en la cama
- Correr
- Sentarse
- Estornudar
- Permanecer de pie
- Girar
- Caminar

¿Qué hace que el dolor mejore?

- Nada en específico
- Doblarse hacia atrás
- Doblarse hacia los lados
- Corsé o férula
- Ejercitarse
- Calor
- Frío
- Inyecciones
- Acostarse
- Masajes
- Moverse
- Medicamentos de venta libre
- Medicamentos para el dolor
- Terapia Física
- Descansar
- Rotación
- Sentarse
- Estar de pie
- Estirarse
- Girar
- Caminar

¿Siente debilidad por el dolor de cuello?

- Sí
- No

¿Dónde?

¿Siente adormecimiento?

- Sí
- No

¿Dónde?

¿Siente hormigueo?

- Sí
- No

¿Dónde?

Dolor de Cuello (Cont.)

¿Tiene dificultad para dormir por el dolor?

- Nunca
- Ocasionalmente
- Con frecuencia

¿En qué le ha causado dificultad su dolor?

- Intestino
- Vejiga
- Función Sexual

¿Tiene problemas para caminar por el dolor?

- Sí
- No

Si es así ¿Cuánto puede caminar sin sentir dolor o molestia?

¿La dificultad para caminar está relacionada a esta condición?

- Sí
- No

Si su respuesta es no, explique qué condición se relaciona con su dificultad para caminar.

¿Qué tratamientos ha recibido para su dolor?

- Prescripción Médica
- Inyecciones Epidurales
- Tratamiento Quiropráctico
- Terapia Física
- Manejo del dolor

Medicamentos

¿Qué medicamentos ha estado tomando?

¿Por cuánto tiempo los tomó o ha estado tomándolos?

Inicio: /
mes año En curso

Final: /
mes año

Seleccione el grado de alivio

- Mínimo
- Moderado
- Significativo

Inyecciones Epidurales

¿Qué servicio(s) de inyecciones?

¿Cuántos Inyecciones?

Select degree of relief

- Mínimo
- Moderado
- Significativo

Terapia Física

¿En qué centro(s) de terapia física?

¿Cuánto hace que recibió la terapia física?

Inicio: /
mes año En Curso

Final: /
mes año

Select degree of relief

- Mínimo
- Moderado
- Significativo

Atención Quiropráctica

¿Qué servicio(s) quiropráctica?

¿Cuánto hace que recibió la terapia física?

Inicio: /
mes año En Curso

Final: /
mes año

Select degree of relief

- Mínimo
- Moderado
- Significativo

Manejo del dolor

¿En qué centro(s) de manejo del dolor?

¿Hace cuánto recibió la atención quiropráctica?

Inicio: /
mes año En Curso

Final: /
mes año

Select degree of relief

- Mínimo
- Moderado
- Significativo

Dolor de la Espalda Baja

Por favor, responda las siguientes preguntas relacionadas a su dolor.

Dolor radiante debido al dolor de espalda baja.

- Pierna Derecha
- Pierna Izquierda

Dolor en la pierna izquierda por el dolor espalda.

- Muslo
- Pantorrilla
- Tobillo
- Pie
- Dedos del pie

Dolor en la pierna derecha por el dolor de espalda

- Muslo
- Pantorrilla
- Tobillo
- Pie
- Dedos del pie

Cualidad del Dolor?

- | | | |
|------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Molestia | <input type="checkbox"/> Sordo | <input type="checkbox"/> Punzante |
| <input type="checkbox"/> Quemadura | <input type="checkbox"/> Localizado | <input type="checkbox"/> Incisivo |
| <input type="checkbox"/> Profundo | <input type="checkbox"/> Adormecimiento | <input type="checkbox"/> Superficial |
| <input type="checkbox"/> Difuso | <input type="checkbox"/> Penetrante | <input type="checkbox"/> Palpitante |
| <input type="checkbox"/> Incómodo | <input type="checkbox"/> Agudo | |

Nivel del dolor (1 es leve y 10 es intenso)

- ¿Cuál es su nivel de dolor **ahora**? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- ¿Qué tan **alto** llega su dolor?
- ¿Qué tan **bajo** llega su dolor?

Frecuencia del Dolor?

- Ocasional
- Persistente
- Poco frecuente/raro

En general, desde el inicio del dolor el estado es:

- Mejorando
- Estable
- Empeorando

¿Qué hace que el dolor empeore?

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguna actividad en específico | <input type="checkbox"/> Toser | <input type="checkbox"/> Posición de reposo | <input type="checkbox"/> Permanecer de pie |
| <input type="checkbox"/> La actividad diaria | <input type="checkbox"/> Subir Escaleres | <input type="checkbox"/> Empujar | <input type="checkbox"/> Girar |
| <input type="checkbox"/> Doblarse | <input type="checkbox"/> Defecar | <input type="checkbox"/> Rodar en la cama | <input type="checkbox"/> Caminar |
| <input type="checkbox"/> Doblarse hacia atrás | <input type="checkbox"/> Bajar Escaleres | <input type="checkbox"/> Correr | |
| <input type="checkbox"/> Doblarse hacia adelante | <input type="checkbox"/> Saltar | <input type="checkbox"/> Sentarse | |
| <input type="checkbox"/> Cambiar posiciones | <input type="checkbox"/> Levantamiento | <input type="checkbox"/> Estornudar | |

¿Qué hace que el dolor mejore?

- | | | | |
|---|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nada en específico | <input type="checkbox"/> Frío | <input type="checkbox"/> Medicamentos para el dolor | <input type="checkbox"/> Estirarse |
| <input type="checkbox"/> Doblarse hacia atrás | <input type="checkbox"/> Inyecciones | <input type="checkbox"/> Terapia Física | <input type="checkbox"/> Girar |
| <input type="checkbox"/> Doblarse hacia los lados | <input type="checkbox"/> Acostarse | <input type="checkbox"/> Descansar | <input type="checkbox"/> Caminar |
| <input type="checkbox"/> Corsé o férula | <input type="checkbox"/> Masajes | <input type="checkbox"/> Rotación | |
| <input type="checkbox"/> Ejercitarse | <input type="checkbox"/> Moverse | <input type="checkbox"/> Sentarse | |
| <input type="checkbox"/> Calor | <input type="checkbox"/> Medicamentos de venta libre | <input type="checkbox"/> Estar de pie | |

¿Siente debilidad por el dolor de la espalda baja?

- Sí
- No

¿Dónde?

¿Siente adormecimiento?

- Sí
- No

¿Dónde?

¿Siente hormigueo?

- Sí
- No

¿Dónde?

Dolor de la Espalda Baja (Cont.)

¿Tiene dificultad para dormir por el dolor?

- Nunca
- Ocasionalmente
- Con frecuencia

¿En qué le ha causado dificultad su dolor?

- Intestino
- Vejiga
- Función Sexual

¿Tiene problemas para caminar por el dolor?

- Sí
- No

Si es así ¿Cuánto puede caminar sin sentir dolor o molestia?

¿La dificultad para caminar está relacionada a esta condición?

- Yes
- NO

Si su respuesta es no, explique qué condición se relaciona con su dificultad para caminar.

¿Qué tratamientos ha recibido para su dolor?

- Prescripción
- Inyecciones Epidurales
- Tratamiento Quiropráctico
- Terapia Física
- Manejo del dolor

Medicamentos

¿Qué medicamentos ha estado tomando?

¿Por cuánto tiempo los tomó o ha estado tomándolos?

Inicio: /
mes año En curso

Final: /
mes año

Seleccione el grado de alivio

- Mínimo
- Moderado
- Significativo

Inyecciones Epidurales

¿Qué servicio(s) de inyecciones?

¿Cuántos Inyecciones?

Select degree of relief

- Mínimo
- Moderado
- Significativo

Terapia Física

¿En qué centro(s) de terapia física?

¿Cuánto hace que recibió la terapia física?

Inicio: /
mes año En Curso

Final: /
mes año

Select degree of relief

- Mínimo
- Moderado
- Significativo

Atención Quiropráctica

¿Qué servicio(s) quiropráctica?

¿Cuánto hace que recibió la terapia física?

Inicio: /
mes año En Curso

Final: /
mes año

Select degree of relief

- Mínimo
- Moderado
- Significativo

Manejo del dolor

¿En qué centro(s) de manejo del dolor?

¿Hace cuánto recibió la atención quiropráctica?

Inicio: /
mes año En Curso

Final: /
mes año

Select degree of relief

- Mínimo
- Moderado
- Significativo

Historial Médico

Si aplica, enliste LAS CIRUGIAS DE ESPALDA Y CUELLO ANTERIORES (incluya fecha, lugar y procedimineto):

Si aplica, enliste las previas cirugias NO RELACIONADAS al cuello y espalda (incluya fecha, lugar y procedimineto):

¿Actualmente toma medicamentos?

Sí No

*****IMPORTANTE***** for favor incluya dosis (mg, mcg, etc.) y con que frecuencia los toma

¿Tiene alergias?

Sí No

Por favor enlístelas aqui:

Do you have a history of any of these medical conditions?

- | | | | | |
|---|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Enfermedad Coronaria | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Ataque de Corazón | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> Fractura | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Estonosis espinal |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Trombosis Venosa Profunda | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Espondilo artropatía |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Degeneración Articulaciones | <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza/Migraña | <input type="checkbox"/> Enf. Ulcera Péptica | <input type="checkbox"/> Apoplejía |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Hepatitis/Enf. Hepática | <input type="checkbox"/> Psoriasis | <input type="checkbox"/> Lupus Enítematoso sistémico |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal | <input type="checkbox"/> Enfermedad Tiroidea |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca | <input type="checkbox"/> Abuso de Drogas | <input type="checkbox"/> Enf. Inflamatioña Intestinal | <input type="checkbox"/> Escoliosis | <input type="checkbox"/> Enfermedad Valvular |
| <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Lípidos elevados | <input type="checkbox"/> Enfermedad de lyme | <input type="checkbox"/> Trans. Convulsivo | |
| <input type="checkbox"/> Otro | | | | |

De ser el caso, ¿qué tipo de diabetes tiene?

- Tipo 1 Gestacional
 Tipo 2 Mellitus

¿Cómo controla su diabetes?

- Insulina
 Medicamentos
 Solo con dietas

Si es el caso, ¿Qué tipo de cáncer tiene usted o su familiar?

¿Tiene un historial familiar de una de estas condiciones?

- | | | | | |
|--|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> EL/TDAH | <input type="checkbox"/> CAD | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Osteoarthritis |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> CAD-Prematuro | <input type="checkbox"/> Retraso de Desarrollo | <input type="checkbox"/> Enf. de Riñón | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Disc. de Aprender | <input type="checkbox"/> Parkinson's |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Colitis | <input type="checkbox"/> Abuso de drogas | <input type="checkbox"/> Enf. Hígado | <input type="checkbox"/> PVD |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Enf. Cardíaca Congénita | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Enf. Mental | <input type="checkbox"/> Enf. Renal |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Insf Cardíaca Congestiva | <input type="checkbox"/> Discap. Auditiva | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> T. Convulsivo |
| <input type="checkbox"/> Enf. de sangre | <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Enf. del corazón | <input type="checkbox"/> Enf. Muscular | <input type="checkbox"/> Transt. Tiroideo |
| <input type="checkbox"/> CA Hueso | <input type="checkbox"/> CVA (Apoplejía) | <input type="checkbox"/> Enf. Hodgkin | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Ningún historial familiar |
| <input type="checkbox"/> Adoptado, Sin historial familiar conocido | | <input type="checkbox"/> Otro | | |

¿Alguna vez ha usado productos de nicotina?

Sí No

De ser el caso, ¿cuáles?

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cigarillos | <input type="checkbox"/> Cigarillo |
| <input type="checkbox"/> Tabaco | <input type="checkbox"/> Pipa |
| <input type="checkbox"/> Masticable | <input type="checkbox"/> Sin Humo |
| <input type="checkbox"/> Tabacco en polvo | |

Si es así ¿a que edad comenzó?

Si es así ¿a que edad lo dejo de usar?

¿Actualmente usa productos de nicotina?

Sí No

De ser el caso, ¿cuáles?

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cigarillos | <input type="checkbox"/> Cigarillo |
| <input type="checkbox"/> Tabaco | <input type="checkbox"/> Pipa |
| <input type="checkbox"/> Masticable | <input type="checkbox"/> Sin Humo |
| <input type="checkbox"/> Tabacco en polvo | |

¿Cuántos por día?

¿Cuántos años lleva usando nicotina?

¿Sabe que el uso de nicotina disminuye la capacidad del cuerpo para sanarse leugo de una cirugía?

Sí No Lo sé ahora

¿Consumes alcohol?

Sí No

Si es así, ¿cuáles? Indique todas las que aplican

- | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cerveza | <input type="checkbox"/> Ron |
| <input type="checkbox"/> Licor | <input type="checkbox"/> Escosés |
| <input type="checkbox"/> Vino | <input type="checkbox"/> Vodka |
| <input type="checkbox"/> Ginebra | <input type="checkbox"/> Whiskey |
| <input type="checkbox"/> Licor Fuerte | |

Si es así, ¿con qué frecuencia?

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A diariic | <input type="checkbox"/> Anual |
| <input type="checkbox"/> Semanal | <input type="checkbox"/> Socialmente |
| <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Ocasional |
| <input type="checkbox"/> Mensual | |

Si es así, ¿cuándo fue la última vez que conumió?

Si es así, ¿cuál es la cantidad que consume?

 Tazas Oz

¿Consumes Cafeina?

Sí No

Si es así, ¿cuáles? Indique todas las que aplican

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Café | <input type="checkbox"/> Soda |
| <input type="checkbox"/> Té | <input type="checkbox"/> Tabletas |
| <input type="checkbox"/> Chocolate | <input type="checkbox"/> Bebidas energéticas |

Si es así, ¿con qué frecuencia?

 Tazas Oz

¿Hace ejercicios regularmente?

Sí No

Si es así, ¿con cuánta frecuencia?

¿Cómo afecta su condicion a sus actividades diarias?

¿Cuál es su actual estado laboral?

- Tiempo Completo
 Medio Tiempo
 No Trabaja

¿Su condición afecta su vida laboral?

- Sí
 No

Si es así, ¿De qué manera?

Revisión de Sistemas

Constitucional

- Escalofrío
- Fatiga
- Fiebre
- Malestar *(debilidad general)*
- Sudores Nocturnos
- Debilidad
- Aumento de peso
- Pérdida de peso

Cabeza, Oídos, Ojos Nariz y Garganta

- Visión Borrosa
- Doble Visión
- Disfagia *(dificultad para tragar)*
- Secreción del oído
- Dolor Facial
- Dolor de Cabeza
- Pérdida de la audición
- Congestión Nasal
- Zumbidos en el oído
- Vértigo
- Pérdida de la Visión
- Voz ronca

Respiratorio

- Asma
- Dolor de pecho
- Tos
- Disnea *(dificultad para respirar)*
- Exposición a la TB
- Infección reciente
- Sibilancias

Cardiovascular

- Dolor de pecho
- Cianosis *(coloración azulada de la piel)*
- Soplo en el Corazón
- Hinchazón de Piernas
- Síncope *(desmayo)*
- Latido del corazón irregular

Immunológico

- Alergia a las abejas
- Contagio
- Dermatitis por contacto
- Alergias Ambientales
- Alergias a alimentos
- Alergias estacionales

Gastrointestinal

- Dolor Abdominal
- Estreñimiento
- Defec. Alquitrande
- Diarrea
- Acidez
- Náusea
- Pérdida de Apetito
- Ictericia
- Vómito

Urinario

- Disuria *(dolor/dificultad para orinar)*
- Micción Frecuente
- Hematuria *(sangre en orina)*
- Incontingencia de Urgencia
- Incontingencia Urinaria

Metabólico/ Endocrino

- Intolerancia al frío
- Intolerancia al calor
- Pérdida

Neurológico

- Difficulty Walking
- Dizziness
- Poor Coordination
- Memory Impairment
- Muscle Weakness
- Numbness
- Paresthesia *(pins & needles)*
- Seizures
- Tremors

Psiquiátrico

- Ansiedad
- Depresión
- Insomnio

Relacionado a la piel

- Picazón
- Salpullido
- Infección de la Piel
- Lesión en la Piel

Hematológico

- Sangramiento
- Moretones

Sus Proveedores de Atención Médica

Tiene un:

- Médico de atención Primaria
- Médico para control de dolor
- Cardiólogo

Médico de atención primaria:

Nombre Apellido

Teléfono del Médico#:

Código Área Teléfono

Doctor para control de dolor:

Nombre Apellido

Teléfono del doctor#:

Código Área Teléfono

Cardiólogo:

Nombre Apellido

Teléfono del cardiólogo #:

Código Área Teléfono

Farmacia de preferencia:

Teléfono de la farmacia#:

Código Teléfono

Información Demográfica

Nota: No intentamos ser curiosos. El gobierno nos exige recopilar esta información, pero si no se siente cómodo revelando la información solicitada, po favor seleccione la casilla de verificación “Me niego a especificar”

Raze

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Me niego a especificar | <input type="checkbox"/> Indio |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Multi-raacial |
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Multiracial |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Indio Nativo Americano |
| <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano | <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo o de Otra Isla del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano (No Hispano) | <input type="checkbox"/> De otra Isla del Pacífico (No Hawaiano) |
| <input type="checkbox"/> Griego | <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Hawaiano | <input type="checkbox"/> Blanco |
| <input type="checkbox"/> Hispano | <input type="checkbox"/> Blanco (No Latino/Hispano) |
| <input type="checkbox"/> Hispano or Latino (Todos las razas) | |

Etnia

- Me niego a especificar
- Hispano o Latino
- No Hispano o Latino

Idioma de Preferencia

- | | | |
|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Me niego a especificar | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> Urdu |
| <input type="checkbox"/> Árabe | <input type="checkbox"/> Italiano | <input type="checkbox"/> Tailandés |
| <input type="checkbox"/> Búlgaro | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Central Khmer | <input type="checkbox"/> Polaco | |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Portugués | |
| <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Ruso | |
| <input type="checkbox"/> Francés | <input type="checkbox"/> Somalí | |
| <input type="checkbox"/> Alemán | <input type="checkbox"/> Español. Castellano | |
| <input type="checkbox"/> Haitiano: Creole Haitiano | <input type="checkbox"/> Swahili | |
| <input type="checkbox"/> Hebreo | <input type="checkbox"/> Coreano | |